Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

SECCIÓN 1

INFORMACIÓN SOBRE LA EMBARAZADA: Esta sección nos da la información básica acerca de la embarazada. Si alguna pregunta no es aplicable, escriba "N/A". Es opcional que dé su número de Seguro Social. Si contesta "SÍ" a las preguntas sobre si usted fuma, esto no afectará la inscripción de ninguna manera.

Apellido	Nombre, inicial.	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	
Dirección (No aceptamos P.O. Box)Ciudad Condado			Número de unidad/apto	Teléfono ( )
Ciudad Condado			Estado	Código postal
Primer día de su última regla - **(obligatorio)**		¿Fuma? SÍ/NO	¿Fuma alguien de su casa? SÍ/NO	
ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE SUS DIRECCIONES PARA FACTURACIÓN Y POSTAL SI NO SON LAS MISMAS DE ARRIBA:				
Apellido			Nombre	
Dirección o P.O. Box				Número de unidad/apto.
Ciudad Condado			Estado	Código postal

Raza o etnicidad : (Opcional: Marque la que mejor se aplique)

☐ Blanca	☐ Nativa de Alaska	☐ Japonesa	☐ Guameña
☐ Hispana	☐ Filipina	☐ Coreana	☐ Laosiana
☐ Negra/Afroamericana	☐ Amerasiática	☐ Samoana	☐ Vietnamita
☐ Asiática	☐ China	☐ India asiática	☐ Otra
☐ Indígena nativa americana	☐ Camboyana	☐ Hawaiana	

¿Qué idioma habla mejor? _____ ¿Qué idioma lee mejor? _____

SECCIÓN 2

1ª OPCIÓN DE PLAN DE SALUD: (La solicitante debe llenar esta sección)

Instrucciones: Lea en la página 22 de esta solicitud qué planes de salud de AIM hay disponibles en su condado. A partir de la página 26 usted encontrará una descripción de cada plan de seguro médico para que los revise.	
1ª Opción de plan de seguro médico:	
Opción de grupo médico y proveedor **(si se solicita)**:	Código del proveedor **(si se solicita)**:

2ª OPCIÓN DE PLAN DE SALUD: (La solicitante debe llenar esta sección)

2ª Opción de plan de seguro médico: (si la 1ª opción no está disponible)	
Opción de grupo médico y proveedor **(si se solicita)**:	Código del proveedor **(si se solicita)**:

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

SECCIÓN 3

INFORMACIÓN ACERCA DEL TAMAÑO DE LA FAMILIA, INGRESOS y SEGUROS: Esta sección nos da la información sobre el tamaño de la familia de la embarazada, ingresos y si la embarazada tiene seguro disponible.

Parte A: Información de la embarazada

Nombre		¿Trabaja en este momento? SÍ/NO	
Nombre del patrón (si trabaja)		Teléfono del patrón ( ) Ext.	
Dirección del patrón		Ciudad Código postal	Estado
Fuente de ingresos (trabajo, Seguro Social, jubilación, etc.)	¿Qué tan seguido recibe dinero? (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)	¿Cuánto recibe de ingresos?	

¿Tiene seguro médico en el momento de hacer la solicitud? SÍ/NO	Sí contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, se le REQUIERE que nos dé la siguiente información: Nombre de la póliza de seguros o plan de seguro médico: Dirección: Número de póliza:
¿El seguro cubre su embarazo? SÍ/NO	
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad? $ _____	

Parte B: Para que la llene el esposo o padre del bebé por nacer, si él y la embarazada viven juntos Y tienen por lo menos otro hijo juntos. Es opcional dar el número de seguro social.

Nombre del padre del bebé (si vive con la embarazada)		Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
¿Está casado con la embarazada? SÍ/NO		¿Trabaja en este momento? YES/NO	
Nombre del patrón (si trabaja)		Teléfono del patrón ( ) Ext.	
Dirección del patrón		Ciudad Código postal	Estado
Fuente de ingresos (trabajo, Seguro Social, jubilación, etc.)	¿Qué tan seguido recibe dinero? (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual, anual)	¿Cuánto recibe de ingresos?	

¿Tiene seguro médico, usted, el padre del bebé, en el momento de hacer la solicitud? SÍ/NO	Sí contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas, se le REQUIERE que nos dé la siguiente información: Nombre de la póliza de seguros o plan de seguro médico: Dirección: Número de póliza:
¿El seguro cubre el embarazo? SÍ/NO	
Si es aplicable ¿cuánto es su deducible o copago específico por servicios de maternidad? $ _____	

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

Parte C: Lea en la página 12 más información acerca de las deducciones de ingresos y la documentación que tiene que enviar la embarazada.
Escriba los nombres de todos los hijos o hijastros menores de 21 años de personas casadas o sin casar, que tengan un hijo en común, que vivan en la casa o que asistan a la escuela en otra población y que sean declarados como dependientes para fines fiscales. Incluya a los dependientes discapacitados que vivan en la casa de la embarazada y los gastos mensuales aplicables de cuidado infantil o de cuidado del dependiente incapacitado, pagados por la embarazada o por el padre del bebé (si vive con la embarazada). Si no hay gastos, escriba "N/A" o "cero". Si necesita más espacio, escriba en una hoja de papel por separado y envíela por correo con la solicitud.

Nombre del niño o del dependiente incapacitado	**Fecha de nacimiento**	**Parentesco con la embarazada**	**Cantidad mensual pagada**

¿La embarazada paga mantenimiento infantil o mantenimiento conyugal mensual ordenado por un juez? SÍ/NO Si es así ¿Cuánto paga por mantenimiento conyugal? $_____ ¿Cuánto paga por pensión por separación o divorcio? $_____ **Documentación solicitada**	¿El padre del bebé, anotado en la parte B, paga mantenimiento infantil o mantenimiento conyugal mensual ordenado por un juez? SÍ/NO Si es así ¿Cuánto paga por mantenimiento conyugal? $_____ ¿Cuánto paga por pensión por separación o divorcio? $_____ **Documentación solicitada**

Lea en la página 12 más información acerca de las deducciones de ingresos y la documentación que tiene que enviar la embarazada.

¿Dónde supo acerca del Programa AIM? (haga un círculo alrededor de uno)

1. Consultorio médico
2. Clínica comunitaria
3. Periódico
4. Internet
5. Hospital
6. Oficina del gobierno
7. 1-800-BABY-999
8. Patrón
9. Escuela/iglesia
10. Amigo/pariente
11. TV/radio
12. Feria de salud/evento comunitario
13. Agente de seguros
14. Otro (especifique)_____

SECCIÓN 4

DECLARACIONES DE LA EMBARAZADA

Declaro que:

- Creo de buena fe que no tengo más de 30 semanas de embarazo a la fecha de la solicitud y que he incluido un documento que certifica que estoy embarazada.
- Soy residente del estado de California y he vivido aquí por lo menos durante seis meses consecutivos antes de la fecha de la firma de esta solicitud de inscripción.
- No se me ha reembolsado y que ningún proveedor de atención médica o entidad del gobierno me reembolsará los pagos de mi cuota de inscripción, con excepción de un gobierno indígena tribal de California, si es aplicable.
- No tengo seguro médico que cubra mi embarazo o tengo un deducible o copago específico por servicios de maternidad de más de $500 a través de mi póliza de seguro de salud.
- No estoy inscrita en Medi-Cal sin costo, ni en Medicare Parte A y Parte B en el momento de la solicitud.
- Doy permiso al Programa AIM para verificar mis ingresos familiares, situación de seguro médico, residencia y cualquier otra información presentada en la solicitud.
- Obedeceré las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de cualquier plan de seguro médico en el que esté inscrita.
- He revisado los beneficios ofrecidos por los planes de salud que participan en el programa.
- Entiendo y que obedeceré las reglas y reglamentos del Programa AIM
- Acepto pagar la contribución de afiliada solicitada, aún si no aprovecho completamente la cobertura o los servicios que ofrece AIM y reconozco que el Programa AIM dará los pasos necesarios para cobrar la contribución de afiliada.

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

SECCIÓN 5

AUTORIZACIONES Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN
Aviso requerido por la ley de Confidencialidad e información médica de 1/1/80, Sección 56 y siguientes del Código civil de California para todas las solicitantes de 18 años de edad y mayores: Autorizo que cualquier compañía de seguros, médico, hospital, clínica o proveedor de atención médica proporcione a la administración del programa Acceso para bebés y madres (AIM), todos y cada uno de los expedientes relativos a cualquier historial médico, servicios o tratamientos proporcionados a la solicitante y al bebé nacido producto del embarazo de la solicitante, anotado en esta solicitud, con fines de revisión, investigación o evaluación. Esta autorización tiene efecto inmediatamente y seguirá en efecto por tanto tiempo como el administrador lo necesite. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

Aviso de privacidad
La Ley de prácticas de información de 1977 y la Ley federal de privacidad exigen que este programa informe lo siguiente a las personas a quienes el programa Acceso para bebés y madres (AIM) pida que den información (establecido por la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros): El motivo principal por el que pedimos la información personal es identificación de la afiliada y administración del programa. Los reglamentos del programa requieren que cada persona presente la información apropiada para la solicitud para el programa Acceso para bebés y madres (AIM). La falta de esta información puede ser motivo para considerar que usted no reúne los requisitos. La siguiente información de la solicitud es voluntaria: los números de seguro social, la información de raza o etnicidad y la fuente de la recomendación.

Toda persona tiene derecho a los expedientes que contengan su información personal y conservados por la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario responsable de conservar la información es: Deputy Director, Eligibility, Enrollment and Marketing Division, Managed Risk Medical Insurance Board, P.O. Box 2769, Sacramento, CA 95812-2769. La Junta puede cobrar una pequeña cantidad para cubrir el costo de las copias de esta información.

Entiendo que éste es un programa estatal y que mis derechos y obligaciones bajo el programa serán determinados bajo la Parte 6.3 de la División 2 del Código de seguros de California y el Título 10, Parte 5.6 del Código de reglamentos de California.

Cada pan tiene sus propias reglas de resolución de disputas sobre la prestación de servicios y otros asuntos. Algunos planes dicen que usted debe usar arbitraje obligatorio para las disputas; otros no. Algunos dicen que los reclamos por incompetencia médica deben resolverse con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan que usted elija requiere arbitraje obligatorio, usted cederá su derecho a juicio por jurado y no podrá hacer que su disputa sea resuelta ante un tribunal. Para enterarse más sobre cómo su plan resuelve las disputas, puede llamar al plan y pedir el folleto de prueba de cobertura o Certificado de seguro.

1. **Estos planes NO requieren arbitraje obligatorio: Contra Costa Health Plan y Molina Health Care de California.**
2. **Estos planes SÍ requieren arbitraje obligatorio de disputas, incluyendo incompetencia médica: Blue Cross EPO and HMO, Santa Barbara Prenatal Plus 2 y Ventura County Health Care Plan.**
3. **Estos planes SÍ requieren arbitraje obligatorio de todas las disputas, incluyendo reclamos por incompetencia médica, muerte innecesaria e instalaciones seguras: Health Net y Kaiser Permanente.**

Yo, la solicitante, certifico que he leído y entendido la presente declaración jurada. Tamnbién certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo, la solicitante, acepto pagar la contribución de afiliada requerida y entiendo que el estado dará los pasos apropiados para cobrar el total de las contribuciones de afiliada como se describe en este contrato.

X _____ _____
Firma de la solicitante — Fecha

Opcional. Autorización para enviar la solicitud de AIM a Medi-Cal.

Si mi solicitud no reúne los requisitos para AIM, pido que esta solicitud sea enviada al condado y tratada como una solicitud de Medi-Cal. Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender.

X _____ _____
Firma de la solicitante (requerida) — Fecha

Envíe por correo su solicitud y los demás materiales a:

Dirección postal:	**Dirección para envíos por servicios de mensajería nocturna:**
Access for Infants and Mothers Program	**Access for Infants and Mothers Program**
P.O. Box 15559	**625 Coolidge Drive**
Sacramento, CA 95852-0559	**Suite 100**
Por favor no envíe por fax su solicitud	**Folsom, CA 95630**

No olvide:

- ☑ Llenar la solicitud
- ☑ Firmar la solicitud
- ☑ Reunir todos los documentos necesarios de ingresos y embarazo
  - Certificado de embarazo
  - Documentos de verificación de ingresos
  - Prueba de deducciones de ingresos
  - Cheque de caja o giro postal por $50 (firmado)
- ☑ Hacer su cheque de cajero (no se aceptan cheques personales ni efectivo) o giro postal (Money Order) por $50 a nombre de **Access for Infants and Mothers Program**
- ☑ Hacer fotocopias de todos los documentos presentados para su expediente, si usted así lo desea

Nota: El Programa AIM debe recibir su solicitud completa antes del final de su semana número 30 de embarazo para que pueda ser considerada para el Programa AIM. Si se acerca el final de su semana 30 de embarazo, usted puede enviar su solicitud, de un día para otro, a través de Fed-Ex, el US Postal Service, etc.

Solicitud para Acceso para bebés y madres (AIM)

Certificación de embarazo para que la llene la solicitante:

Apellido de la embarazada	Nombre de la embarazada	Inicial
Dirección de la embarazada		Número de unidad/apto.
Ciudad	Estado	Código postal

Formulario de certificación de embarazo de AIM

Usted deberá enviar con su solicitud un certificado de embarazo emitido en los Estados Unidos o éste debe ser recibido antes del final de la semana número 30 de su embarazo. Puede usar el formulario de abajo para certificar el embarazo. Usted puede usar un formulario diferente, siempre y cuando contenga la misma información que éste y que sea firmado por alguna de las personas anotadas abajo.

Para reunir los requisitos para AIM, la embarazada no debe tener más de 30 semanas de embarazo a la fecha en que el programa reciba la solicitud completa. El certificado de embarazo debe firmarlo un profesional de atención médica autorizado o certificado. Entre las personas que pueden certificar el embarazo para el Programa AIM se pueden encontrar los siguientes:

Médicos (generales u osteópatas) **Enfermeras tituladas** **Enfermeras parteras certificadas**
Enfermeras vocacionales autorizadas **Asistentes de los médicos** **Asistentes médicos**
Miembros del personal autorizados por la Organización de paternidad planificada (Planned Parenthood Organization)

El personal del consultorio médico no puede certificar un embarazo a menos que la persona tenga alguna autorización o certificación médica.

Para que la llene la persona que certifica el embarazo:

Certifico que la persona anotada arriba está embarazada.

Nombre del establecimiento		Fecha	
Dirección del establecimiento		Número de suite	
Ciudad		Estado	Código postal
Código de área y Nº de teléfono ( )	Número de fax ( )	Fecha estimada para el parto	
Escriba con letra de molde el apellido del profesional de atención médica **(requerido)**	Escriba con letra de molde el nombre del profesional de atención médica **(requerido)**		Inicial
Firma del profesional de atención médica **(requerido)**	Título médico **(requerido)**	Número de licencia médica	